

## ЗНАЧЕННЯ ПРОГНОЗУ ДЛЯ ВИБОРУ ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ І ПРОФІЛАКТИКИ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ПАНКРЕАТИТ БІЛІАРНОГО ГЕНЕЗУ

Мунтян С. О., Баранник С. І., Родинська Г. О., Задорожний В. В.

Дніпропетровська медична академія МОЗ України

В сучасній абдомінальній хірургії проблема гострого панкреатиту є і залишається однією з актуальних і складних. Особливу категорію складають хворі на гострий панкреатит біліарного генезу, у яких деструктивний процес у підшлунковій залозі додатково ускладнюється прогресивним інтоксикаційним синдромом на тлі зростаючої печінкової недостатності. Цим хворим необхідна раціональна індивідуальна хірургічна тактика лікування в залежності від прогнозованого ступеня тяжкості гострого панкреатиту і вірогідності розвитку гнійно—септичних ускладнень.

Мета. Метою дослідження було поліпшення результатів хірургічного лікування хворих на гострий деструктивний панкреатит біліарного генезу через прогнозування його перебігу і формування ускладнень за допомогою використання дискримінантних функцій і маркерів гострофазного запалення.

Обстежено і проліковано за запропонованим способом 28 хворих на панкреатит біліарного генезу віком від 40 до 65 років. Для прогнозу ризику летального наслідку і розвитку ускладнень захворювання проводили дискримінантний аналіз з використанням найбільш інформативних показників. Можливість наступного етапу прогнозування визначали за власно розробленим способом (Патент України на корисну модель № 200909623) з використанням показників гострофазного запалення (інтерлейкін—6 та С—реактивний білок), найбільша цінність яких виявляється на 5 добу перебігу процесу.

Після встановлення діагнозу гострого панкреатиту лікування хворого розпочинали з виконання базової терапії згідно з професійно орієнтованими протоколами надання невідкладної допомоги.

Розроблений спосіб прогнозування перебігу захворювання і визначення ризику можливого формування його ускладнень у 28 хворих на гострий панкреатит біліарного генезу дозволив у 16 хворих визначити прогноз як "сприятливий", а у 12 — як "несприятливий". У 8 хворих із "сприятливим" прогнозом виконано ендоскопічну папілосфінктеротомію, що дозволило адекватно розвантажити жовчовивідні шляхи. 20 хворим виконано традиційні оперативні втручання: холецистектомія з дренуванням черевної порожнини (3 випадки), холецистектомія з холедохолітотомією і дренуванням холедоха (12 випадків), 2 випадки зовнішнього і 10 випадків внутрішнього дренування черевної порожнини, холецистектомія, бурсооментостомія, дренування чепцевої сумки та черевної порожнини (5 випадків).

Тяжкість патологічного процесу та особливості розвитку гострого панкреатиту біліарного генезу обумовили проведення операції протягом перших 72 годин. Заключний прогноз у цих хворих визначали після проведеного оперативного втручання. Своєчасний і достатній обсяг оперативних втручань не перешкодив розвитку ускладнень і прогресуванню процесу у 12 хворих.

### Висновки

Впровадження розробленої схеми прогнозу перебігу гострого панкреатиту і формування його ускладнень змінило тактичні підходи, структуру і обсяг оперативних втручань у цій категорії хворих. Проведення хірургічного лікування хворим на

панкреатит біліарного генезу з урахуванням прогнозу перебігу захворювання з використанням маркерів гострофазного запалення, а також раціональне використання мініінвазивних технологій у хворих із позитивним типом прогнозу поліпшує його результати. Використання запропонованого способу прогнозу перебігу захворювання дозволяє зменшити кількість ускладнень на 10,2%, кількість релапаротомій — на 14,3%. Післяопераційна летальність знижена до 10,6%.

## **РОЛЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ РЕТРОГРАДНОЙ ПАНКРЕАТОХОЛАНГИОГРАФИИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ НЕКРОТИЧЕСКИХ ФОРМ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА**

**Насташенко И.Л., Ковальская И.А., Горлач А.И., Цимбалюк Р.С.**

**Национальный медицинский университет им. А. А. Богомольца**

Наличие характерных анамнестических данных наряду с типичными клиническими проявлениями, данными ультразвукового исследования (УЗИ) и общеклиническими анализами в 72,6—87,8% случаев оказывается достаточным для установления диагноза острого панкреатита алиментарного происхождения, не прибегая к выполнению достаточно инвазивных рентгенэндоскопических методов исследования панкреатобилиарной области. Однако, выявление при УЗИ конкрементов (особенно мелких) в желчном пузыре, дилатации общего желчного протока, появление и нарастание гипербилирубинемии с повышением трансаминаз ставит вопрос необходимости дифференциальной диагностики природы панкреатита, и, соответственно, выбора лечебной тактики. В таких случаях в течение 4—6 часов с момента госпитализации пациентам выполнялась эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРПХГ).

На протяжении 2010—2014 гг. в Киевском городском центре хирургии печени, поджелудочной железы и желчных протоков ЭРПХГ выполнялась 513 пациентам с подозрением на острый билиарный панкреатит. В 451(87,9%) случае диагноз был подтвержден. Из них 402(89,1%) пациента были с калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом (ХЛ) и 49(10,9%) — с резидуальным ХЛ. Во всех случаях выполнялась эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) с холедохолитоэкстракцией, что, наряду с проведением антисекреторной терапии, в 422(93,6%) наблюдениях способствовало купированию явлений панкреатита. Вследствие несвоевременного обращения в клинику у 29(6,4%) больных (в сроки от 5 до 11 дней, в среднем 6,7, от начала заболевания) даже устранение пускового механизма развития заболевания (удаление вколоченного в большой сосочке двенадцатиперстной кишки (БСДК) конкремента) не оказывало влияния на развитие некротических изменений в поджелудочной железе (ПЖ).

В 62(12,1%) наблюдениях по данным ЭРПХГ билиарные причины панкреатита были исключены. При этом наиболее характерные эндоскопические признаки, свидетельствующие в пользу алиментарного генеза, выявленных изменений в виде инфильтрации, отека, контактной ранимости слизистой медиального контура нисходящего отдела двенадцатиперстной кишки (ДПК), были у 34(54,8%) пациентов. У 8(12,9%) больных приведенные изменения носили настолько выраженный харак-